



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciência da Saúde

Inclusão Social dos Esquizofrênicos

Alex Rodrigues de Barros

Brasília
Junho, 2004

Alex Rodrigues de Barros

Inclusão Social dos Esquizofrênicos

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília na Faculdade de Ciência da Saúde – FACE sob orientação do professor orientador Fernando González Rey.

Brasília

Junho, 2004

Folha de aprovação

Brasília, de de 2004.

Dedicatória

À minha mãe Dalva Wadih Haddad, que sempre esteve comigo nesses anos de muita luta e de muito estudo.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pelas oportunidades e pelas vitórias que consegui.

À minha mãe Dalva Wadih Haddad, por estar comigo em todos os momentos.

À minha madrinha Moema de Sousa Wadih, por seu auxílio incondicional diante de todas as circunstâncias.

Aos meus amigos Fernando, Francinaldo, Cláudio, Yuri, Ernane e muitos outros que me acompanharam.

Aos queridos familiares Luís Fernando Ramos Molinaro e Roberto Pinto Martins.

Aos voluntários especiais Carmen Xavier de Almeida, Solange Calmon e Mauro Toledo, pelo tempo e dedicação dispensados ao meu aprendizado.

Ao meu padrinho Máximo Villar Filho.

Ao Dr. Bruno Plazi, pelo carinho e amizade.

Ao Dr. João Herculino, fundador do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Ao Professor Fernando González Rey, pela orientação deste trabalho.

Aos Professores Antônio Hizidro e Cláudia May, que ministram a disciplina Psicologia Geral Experimental.

À professora Cláudia Félix, que ministra a disciplina Psicanálise.

À professora Simone Robalo, que ministra a disciplina Psicologia Escolar – Problemas da Aprendizagem.

À Alcione Tomé cuja colaboração foi indispensável para a efetivação deste trabalho.

Resumo

Esta pesquisa, de natureza qualitativa, tem como objetivo analisar as barreiras para a inclusão social do esquizofrênico. A amostra é constituída de 03 pessoas, sendo um médico psiquiatra, uma enfermeira e uma assistente social, na faixa etária entre 37 e 40 anos, que trabalham no Instituto de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Os resultados da pesquisa revelam que as maiores barreiras para a inclusão dos esquizofrênicos são o desconhecimento dessa doença mental, o preconceito, a superproteção e os problemas socioeconômicos.

Palavras-chave: psicologia, esquizofrenia, estigma, inclusão social.

Abstract

This research, of qualitative nature, aims to analyze the barriers to the social inclusion of the schizophrenic. The sample is constituted of 3 people, one psychiatric physician, a nurse and a welfare officer, on the 37 to 40 years age range, who work at the "Instituto de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Distrito Federal" (Mental Health Institute of the Health Office of the Federal District). The research results reveal that the main barriers to the social inclusion of the schizophrenics are the ignorance of this mental disease, the prejudice, the excessive protection and the socio-economic issues.

Keywords: psychology, schizophrenia, stigma, social inclusion

Sumário

Abstract.....	06
Apêndice.....	64
Resumo.....	06
Introdução	
Justificativa	09
Definição do problema	10
Objetivos	11
Síntese dos capítulos.....	12
Fundamentação teórica	
Noções sobre a esquizofrenia	
Conceituação da esquizofrenia.....	14
Dados estatísticos.....	16
Causas da esquizofrenia.....	16
Tipos de esquizofrenia.....	21
Sintomas da esquizofrenia.....	24
Fatores de risco para os indivíduos com esquizofrenia.....	30
Tratamento da esquizofrenia.....	31
Relação Familiar e Social.....	33
Metodologia	39
Análise dos resultados.....	44
Conclusão	60
Referências bibliográficas.....	61

I

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa

De acordo com Ketty (*apud* Dalery e D'amato, 2001, p. 20), relatos obtidos após vários estudos afirmam que a esquizofrenia é um dos modos de expressão de uma vulnerabilidade, conhecida como “espectro da esquizofrenia”, que pode desencadear outras patologias psiquiátricas.

Para Louzã Neto (1996), entretanto, falta uniformidade nos pontos de vista sobre a esquizofrenia, pelo desconhecimento das suas origens e causas e pela dificuldade do seu diagnóstico. Mas, esse autor afirma que, dentre as desordens mentais, essa é uma das enfermidades que pode causar a destruição social do ser humano.

Por sua vez, Lowen (1979, p. 32), chama a atenção para a dificuldade em estabelecer a diferença entre um indivíduo esquizofrênico e um considerado normal¹. Há uma corrente que diz que a principal diferença está ligada à personalidade. No primeiro caso, isto é, no indivíduo esquizofrênico ela é “dividida e extraída da realidade”; no segundo, no indivíduo “normal”, ela é “unificada” e amplamente ligada com a realidade. O autor esclarece que apesar dessa diferença, em ambos os casos há uma gama considerável de estados esquizóides², onde o “retraimento da realidade manifesta-se por meio de algum grau de alimentação emocional e a unidade da personalidade é mantida através do poder do pensamento racional”. Lowen (1979, p. 34) também explica que a atenção dada à enfermidade emocional tem se voltado para a “personalidade” o que tem levado o “sintoma” a uma posição secundária dentro do pensamento psicológico.

Em razão dessas e outras suposições, estudamos outros pontos de vista sobre a esquizofrenia, buscando o maior número de informações que possam nos levar à compreensão dessas questões.

¹ Normal: não existe diferença fundamental entre normal e anormal. “Anormal” é apenas uma variedade do “normal” (Schneider, 1976, p. 35).

² Esquizóide: (1) tendência do indivíduo a se retrair da realidade; (2) cisão na unidade da personalidade. Cada aspecto é um reflexo do outro. Estas duas variáveis constituem uma medida do grau de saúde ou enfermidade emocional da pessoa (Lowen, p.1979).

Os motivos que nos levaram à escolha desse tema, entre outros, são o interesse que sempre tivemos pelo campo da psicose e pelo fato de ter na família uma pessoa que vivencia alucinações de perseguição e demonstra ter o pensamento fixo em algo que, segundo suas palavras, a está deixando doente.

Além disso, após uma visita ao Instituto de Saúde Mental – Hospital Dia, no Distrito Federal, tivemos interesse em pesquisar aspectos relacionados à inclusão social dessa população.

1.2 Definição do problema

Lowen (1979, p. 42) afirma que o comportamento esquizóide apresenta diversas nuances. Ora parece ser normal, ora assume a forma de palavras, constituindo-se em substitutivos ao toque. Em outra forma de pseudocontato, o envolvimento emocional com determinada situação ou objeto é retratado por meio da interpretação de diferentes papéis. De acordo com esse autor, esses e outros aspectos fazem com que a perturbação esquizóide seja investigada por diversas abordagens, entre elas: a psicológica – que estuda o comportamento em termos de atitudes mentais conscientes e inconscientes; a fisiológica – que focaliza atitudes perturbadas ligadas às funções corporais; e a constitucional – que faz a relação entre a personalidade e a estrutura do corpo.

Por outro lado, apesar de haver classificação para vários tipos de esquizofrenias (paranóide, hebefrênico, catatônico), os conhecimentos acerca dessa enfermidade emocional não são considerados suficientes pela ciência.

Dessa forma, sabendo-se que no meio técnico e profissional a descrição desse tipo de enfermidade ainda é de difícil descrição, pode-se imaginar a dificuldade da sociedade em compreender as várias formas do comportamento esquizóide.

Diante do exposto, e considerando o desconhecimento das causas e origens da esquizofrenia entre os próprios profissionais da área, pergunta-se: **como vivem essas pessoas no meio familiar e social?**

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo geral

Investigar como se dá a interação do esquizofrênico no âmbito familiar e social.

1.3.2. Objetivos específicos

- ◆ Descrever como os esquizofrênicos são tratados no meio familiar e social.
- ◆ Descrever como as pessoas reagem ao verem uma crise de um esquizofrênico.
- ◆ Identificar pontos comuns entre a opinião dos entrevistados e o depoimento de um esquizofrênico

Síntese dos capítulos

Esta monografia está dividida em quatro capítulos. No Capítulo I, INTRODUÇÃO, são apresentados a justificativa, a definição do problema, o objetivo geral e os objetivos específicos.

No Capítulo II, FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA, os estudos realizados foram divididos em três seções: Noções sobre a esquizofrenia, Tratamento da esquizofrenia e Relação familiar e social. Principais autores estudados: Ballone, Galvêas, Louzã Neto, Lowen, Paim e Quilici.

No Capítulo III, METODOLOGIA, descreve-se a linha adotada para o desenvolvimento da pesquisa e as estratégias utilizadas para a análise de conteúdo e os procedimentos metodológicos. Principais autores estudados: Trivinos e Turato.

No Capítulo IV, ANÁLISE DOS RESULTADOS, são apresentados os resultados da pesquisa, as citações dos entrevistados, trechos do referencial teórico e trechos do livro “Memórias do Delírio: confissões de um esquizofrênico”, de L. F. BARROS.

II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

I – Noções sobre a Esquizofrenia

1.1 Conceituação

De acordo com Smith (1985, p.125), a loucura é o termo coloquial leigo e a esquizofrenia o termo utilizado pelos profissionais especializados na área. O conceito de loucura é velho e o da esquizofrenia pertence ao século XX. Para ele, o termo “esquizofrenia” desenvolveu-se na psiquiatria a partir dos esforços para subdividir e classificar o grande número de pacientes mentalmente enfermos, internados em hospitais a partir do século XX.

Na visão desse autor, o termo “doença” não é apropriado para denominar a “esquizofrenia”, por isso adota o termo “enfermidade”, uma vez que a condição de esquizofrênico modifica e incapacita o indivíduo de tal maneira que geralmente o torna incapaz de cuidar de si mesmo pelo resto da vida.

Paim (1990, p. 1) comenta que as primeiras descrições a respeito da esquizofrenia foram feitas por diversos autores muito antes da psiquiatria se tornar especialidade médica, sendo a mais antiga publicada em 1681 no livro “Opera Ommia”, de autoria do inglês Willis. Esse autor esclarece que tal enfermidade recebeu várias denominações, entre elas, “demência precoce”, “idiotia”, “demência crônica”, “parafrenia”. Os primeiros casos de esquizofrenia foram descritos por Pinel, em 1809, sob a denominação de “idiotia”.

Para Smith (1985, p.129), há quatro teorias sobre a esquizofrenia e a loucura: a neurológica, a psiquiátrica, a sociológica e a profética. Para ele, são diferentes umas das outras, mas coincidentes em parte.

Na perspectiva neurológica, a esquizofrenia é uma desordem do cérebro, uma doença, segundo estudos realizados por psiquiatras, a partir do século XIX.

Para a teoria psiquiátrica, a esquizofrenia é um distúrbio mental, uma disfunção da vida da mente e, portanto, potencialmente de interesse psicológico, ainda que perca a compreensibilidade porque se trata de um colapso, uma desorganização.

Conforme a teoria sociológica, a loucura é um papel social, uma espécie de desvio, provavelmente com funções na sociedade e, certamente, só podendo ser compreendida em termos sociais (e completamente compreensível nestes termos).

A quarta teoria vê a loucura, sob dois ângulos, isto é, algumas vezes, análoga à profecia; em outras circunstâncias, a mais profunda visão da sociedade e da condição humana.

Ainda sobre o assunto, Louzã Neto (1996, p.27-28) acrescenta que foi a partir do século passado que os psiquiatras passaram a definir e a demarcar melhor o conceito de esquizofrenia e que a maneira como se faz hoje o diagnóstico da doença, baseia-se fundamentalmente nos trabalhos de três pioneiros: 1. de Kraepelin, que observando alguns jovens que apresentavam uma grave doença que evoluía de modo crônico e com alterações da personalidade denominou-a “demência precoce”; 2. de Bleuler, que em 1911 criou o termo “esquizofrenia”, pois achava que o problema principal dos pacientes era uma cisão – “esquizo” – de suas mentes – renia”; 3. de Shneider, que definiu alguns sintomas que são considerados hoje muito importantes para o diagnóstico da doença.

Louzã Neto (1996) denomina a “esquizofrenia” de “mente dividida” e admite que ainda hoje não é possível defini-la com precisão porque não há conhecimento suficiente sobre suas causas e origens. Esse autor afirma que a esquizofrenia é identificada através dos diversos tipos de sintomas que os enfermos apresentam, podendo variar de pessoa para pessoa e, também, ao longo da evolução da doença no mesmo indivíduo. Além disso, é possível encontrar pacientes esquizofrênicos com manifestações completamente diferentes.

Para Galvêas (2003), a esquizofrenia é uma das mais devastadoras dentre as desordens mentais, fazendo com que o indivíduo perca parcial ou totalmente, o contato com a realidade objetiva. Os pacientes com essa modalidade de desordem psíquica costumam ver, ouvir e/ou sentir sensações que realmente não existem na realidade objetiva e concreta, de que as pessoas supostamente “normais” partilham; e tais sensações percebidas pelo esquizofrênico – que não pertencem à realidade

objetiva das pessoas consideradas normais – são denominadas “alucinações”. Galvêas sugere que para entender melhor o que são essas alucinações e como elas agem no indivíduo, basta ver o filme “Uma Mente Brilhante” – que é a história de John Nash, famoso matemático que desenvolveu a esquizofrenia.

1.2 Dados estatísticos

Segundo Mari (s.d., p. 1), há uma evidência cada vez mais consistente de que o curso da esquizofrenia varia nas diferentes regiões do mundo, havendo um certo favorecimento de prognóstico nos assim chamados países em desenvolvimento. Um fator importante para explicar estas diferenças está relacionado com o ambiente familiar e o tipo de relações entre os familiares mais próximos, como por exemplo, o tipo de estrutura familiar, tamanho, os valores e obrigações, laços e os modelos de doença incorporados pela família. Pacientes com diagnóstico de esquizofrenia são particularmente sensíveis ao ambiente social mais imediato, sendo a atmosfera familiar fator de influência no prognóstico da doença.

No Brasil há 2 844 937 pessoas com deficiência mental permanente, de acordo com dados do IBGE (senso 2000).

1.3 Causas da esquizofrenia

Smith (1985, p.87) descreve o que se sabe sobre as causas da esquizofrenia conforme a tradição médica, clínica e científica, com base em pesquisas realizadas nos últimos 100 anos, por psiquiatras e cientistas das ciências biológicas e sociais. Para Smith (1985), as causas são físicas e psicológicas. As físicas são classificadas em: hereditariedade, bioquímica e desordens do cérebro. Sobre a hereditariedade o autor ressalta que enquanto cerca de 1% da população adulta sofrerá de esquizofrenia durante o curso de sua vida, a frequência entre os parentes dos pacientes é muito mais alta. Os pais, irmãos ou filhos de um paciente esquizofrênico têm cerca de 10% de chance de desenvolver a enfermidade e, se o paciente em

questão tem um genitor que também é esquizofrênico, a frequência entre os irmãos está acima de 14%.

Sobre a hereditariedade, Valada Filho e Samaia (2000) acrescentam que o primeiro estudo em família, procurando demonstrar observações clínicas sobre o caráter hereditário, foi realizado em 1916 por Rudin, na Alemanha. No estudo de gêmeos, os autores afirmam que embora as estimativas nos vários estudos variem, a taxa de concordância para a esquizofrenia em gêmeos monozigóticos é ao redor de 50% e, para gêmeos dizigóticos, é da ordem de 15%.

A respeito da causa bioquímica Smith (1985, p.91) ressalta que na psiquiatria existe uma profunda convicção de que a causa da esquizofrenia resulta de uma “perturbação bioquímica do cérebro”. Tal conceito vem desde Kraepelin e Bleuler no fim do século XIX e início do século XX. A evidência de um papel importante desempenhado pela hereditariedade na transmissão da esquizofrenia é em si mesmo uma prova de que um mecanismo bioquímico está envolvido, porque tudo que é transmitido são os gens – moléculas de DNA no código genético - e no nível biológico mais fundamental, isto significa uma estrutura química codificando instruções para o futuro indivíduo.

Smith (1985) afirma que a partir da década de 50 surgiu maior esperança de que as causas bioquímicas seriam encontradas através dos estudos interessados nos químicos alucinógenos.

Nesse sentido, Louzã Neto (1996, p.49) acrescenta que um determinado sistema de neurotransmissão, que funciona com uma substância chamada dopamina, parece funcionar em excesso durante os surtos agudos da doença. A ação da dopamina está ligada a três sistemas principais do cérebro responsáveis pelos movimentos involuntários, pelas emoções e pelas funções cognitivas. Louzã Neto (1996) observa que os medicamentos utilizados no tratamento da esquizofrenia agem sobre os neurônios dopaminérgicos, bloqueando a ação da dopamina. Ainda, segundo esse autor, pesquisas recentes mostram que outros sistemas de neurotransmissão também estão alterados na esquizofrenia, entre eles, um sistema cujo neurotransmissor é a serotonina.

Sobre as desordens do cérebro, Smith (1985, p.95) ressalta que há uma forma de dano cerebral que aumenta a predisposição para a esquizofrenia, ou, ao menos, para enfermidades extremamente similares à esquizofrenia e passíveis de

serem diagnosticadas como tal. De acordo com esse autor, isso não acontece apenas quando o dano cerebral é considerado primário, uma vez que a esquizofrenia é vista por definição como “um grupo residual de misteriosas enfermidades mentais”. Para muitas formas de dano cerebral, como por exemplo, após ferimento na cabeça, as provas são controversas, mas parecem mostrar que a esquizofrenia é levemente mais provável de aparecer mais tarde no mesmo paciente.

No caso da epilepsia, especialmente epilepsia grave, durante muitos anos decorrente de pontos danificados no lobo temporal do cérebro, parece haver uma conexão particularmente aproximada. Pacientes com epilepsia grave estão inclinados a desenvolver enfermidade mental de longa duração como delírios, alucinações relativas a ruídos significativos, vozes imaginárias e, às vezes, até desordens da lógica do pensamento e simbolismo típicos da esquizofrenia.

Nesse sentido, Louzã Neto (1996, p.50) informa que pesquisas sobre o funcionamento do cérebro, feitas com eletroencefalograma computadorizado e com aparelhos especiais para medir o fluxo sanguíneo (o metabolismo cerebral) mostram que há uma diminuição do funcionamento do cérebro durante atividades mentais, principalmente nas regiões frontais. Esse autor esclarece que essa técnica tem auxiliado na compreensão dos mecanismos cerebrais envolvidos na esquizofrenia, mas não tem utilidade para se fazer o diagnóstico da doença. Para ele, de modo bastante simples e esquemático, pode-se dizer que fatores genéticos e ambientais poderiam causar alterações no desenvolvimento embrionário cerebral, as quais levariam às alterações bioquímicas e estruturais cerebrais observadas no paciente. Louzã Neto ainda afirma que nenhum fator isolado parece ser suficiente, por si só, para produzir a esquizofrenia. A maneira exata como esses múltiplos fatores interagem e contribuem para o desenvolvimento da doença é desconhecida.

Após definir as causas físicas, Smith (1985, p.99) descreve as prováveis causas psicológicas da esquizofrenia, referindo-se a algumas que podem ajudar a esclarecer, ao menos no que diz respeito a incapacitação, as causas que a originam. As alucinações (experiências de percepção na ausência de estímulos correspondentes no mundo externo: ouvir vozes num quarto silencioso) e as ilusões (engano sobre a natureza das coisas no mundo externo: tomar uma sombra de um vaso por um homem ameaçador), típicas da esquizofrenia têm inspirado esforços

para analisar se os esquizofrênicos são anormais na sua capacidade de lidar com a informação proveniente do mundo exterior.

Parece que os pacientes são sensíveis à sobrecarga com mais percepções do que eles podem manejar ou processar, como se um filtro, presente em todos nós, faltasse no seu caso.

De todos os estímulos provenientes dos ambientes infringidos aos nossos órgãos sensoriais, normalmente percebemos e prestamos atenção a apenas alguns poucos, uma vez que existem mecanismos essenciais que suprimem a nossa atenção consciente das sensações periféricas. Sem estes mecanismos, nossa atenção seria constantemente distraída por novas sensações, sem preservar a concentração em qualquer objeto ou assunto. Na esquizofrenia descobriu-se que há um defeito neste sistema de filtragem sensorial e o indivíduo não consegue selecionar e controlar a atenção. Esta descoberta confirma o relato dado pelos pacientes que comunicam supersaturação por grande número de estímulos e dizem ter a maior dificuldade em concentrarem-se e evitar a distração de um momento para outro.

Sob o ponto de vista de Smith (1985, p.101), o enfoque primitivo de todas as enfermidades psiquiátricas, inclusive a esquizofrenia, como formas de adaptação do indivíduo em desenvolvimento a situações anormais levaram os pesquisadores, a partir da década de 50, à teoria de que estilos peculiares de comunicação serão encontrados nas famílias dos pacientes esquizofrênicos. Num grande salto especulativo, presumiu-se, então, que estes estilos de comunicação teriam causado a enfermidade, o que é uma questão muito diferente. Para Smith, as Teorias Americanas de Lidz, Winne e de Bateson e seus colegas têm influenciado na psiquiatria e no mundo em geral, e as teorias desde lado do Atlântico, patrocinadas por textos com tanta força como o livro de Laing e outros posteriores, aprisionaram a imaginação de todos os que os leram, especialmente, pode-se notar, daqueles leitores que na realidade não vêem nem tratam de pacientes esquizofrênicos. Os escritos de Laing, particularmente, não são meramente uma defesa da teoria da origem e modo de entender a esquizofrenia, mas também uma cruzada romântica em favor das vítimas e até mesmo contra o mundo sadio.

Smith (1985, p.102) descreve que na teoria de Bateson é sugerido que os modos esquizofrênicos de pensar e comportar-se podem ser padrão de

comunicação – que não devem ser pensados como uma enfermidade mental – compreensíveis como resposta a uma via familiar plena de comunicações de “duplo-vínculo”. Em todas as teorias familiares, subentende-se que “o caso modelo” que está sendo considerado é o do jovem paciente esquizofrênico que vive com seus pais. Frequentemente o genitor do qual se citam exemplos de comunicação de duplo-vínculo é a mãe, sendo o paciente seu filho, e a “mãe esquizofrênica” enlouquecendo seu filho é a parte da sabedoria recebida da nossa época, apesar da falta de provas e de, aproximadamente, um número igual de pacientes esquizofrênicos femininos e masculinos.

No duplo-vínculo diz-se que o genitor emite repetidamente instruções ambíguas, mas estas não podem ser obedecidas porque são, ao mesmo tempo, contraditadas por outras instruções, através de um modo diferente de comunicação. Diz-se ainda que a vítima fica presa em uma armadilha ao ser proibida de simplesmente ir embora ou escapar da situação de vínculo e, especialmente nas teorias de Laing, que são em parte similares às de Bateson, que uma parte intensa de confusão é a negação de que haja qualquer confusão ou qualquer injunção contra abandonar a situação.

Smith (1985) acrescenta que outra teoria das origens familiares da esquizofrenia que tem sido orientada mais psicanaliticamente é a de Lidz e seus colegas. O estudo mais intensivo das famílias de um pequeno número de pacientes esquizofrênicos levou Lidz a descrever estilos distorcidos de estrutura e funcionamento familiar e a sugerir que estes estilos tinham, enquanto eram muito ativos na infância do paciente, causado o tipo de comportamento esquizofrênico, o qual é novamente visto nesta teoria como uma resposta comportamental à situação familiar.

Ainda sobre esse assunto, Smith (1985) cita a teoria de Wynne e Singer, relatando que eles também identificaram um estilo de vida peculiar desta vez chamado “pseudomutualidade”, o qual, ainda que parecesse harmonioso para quem estivesse fora da família, na verdade abrigava profundos abismos entre os membros, e maneiras distorcidas e irracionais de comunicação que fragmentam o pensamento daquele membro da família que se torna esquizofrênico. Esse autor ressalta que Wynne e Singer testaram a teoria muito cuidadosamente, estudando amostras de verbalizações proferidas pelos sujeitos, falando sobre o qual viam nas manchas de

tinta do teste de Rorschach, e, portanto, não sobre problemas de família ou enfermidade mental. Os pesquisadores descobriram que, após treinarem-se a si próprios, poderiam geralmente saber ao escutar as gravações de discussão, se os participantes eram pais de esquizofrênicos, pacientes neuróticos ou pessoas sadias.

A respeito da teoria de que a família pode causar a esquizofrenia, Ballone (s.d.) afirma que apesar das infinitas investigações a origem da esquizofrenia ainda não é clara. O que está claro, entretanto, é que não é causada por um trauma infantil, nem por um mau comportamento por parte dos pais.

Nos anos 60 e 70, diversas investigações foram realizadas no campo da terapia familiar, sobre o comportamento das famílias e transtornos mentais. Foram identificados vários padrões de conduta comuns a famílias com problemas de saúde mental, o que conduz profissionais à conclusão errônea de que a família poderia ser culpada pelos transtornos mentais de seus filhos. Essa falsa idéia foi combatida, pois, de acordo com Ballone (s.d.), os sintomas da esquizofrenia resultam de desequilíbrios de substâncias neuroquímicas no cérebro, tais como a dopamina, a serotonina e a noradrenalina. As últimas investigações indicam que estes desequilíbrios podem estar presentes no cérebro, inclusive antes do nascimento da pessoa.

Entretanto, há concordância entre os profissionais da área de que o comportamento da família influi fortemente na reabilitação do indivíduo com esquizofrenia. Os estudos demonstram que a intervenção da família é de grande importância na prevenção das recaídas.

1.4 Tipos de esquizofrenia

De acordo com Paim (1990, p. 5-6), Kraepelin é o autor da divisão da demência precoce em três formas: “hebefrênica, catatônica e paranóide”. A “hebefrênica” aparece na adolescência por meio da manifestação de distúrbio psíquico, com debilidade mental variável. A “catatônica” tem início de modo subagudo, em qualquer idade, com sinais de depressão psíquica seguida ou com intervalos periódicos entre suas aparições. De maneira geral, a forma “paranóide”

tem um início agudo, isto é, desenvolve-se rapidamente com manifestações de debilidade psíquica com idéias delirantes e distúrbios psicossensoriais.

Spoerry (*apud* Dalery & D'amato, 2001, p. 21-23) afirma que a esquizofrenia não aparece da noite para o dia e suas manifestações, de maneira geral, acontecem a partir da primeira infância, acentuando-se na fase denominada de “adulto jovem”¹. Para esse autor, as primeiras perturbações psicológicas aparecem antes dos cinco anos de idade como as alterações do sono, dificuldades alimentares, enurese, passividade ou perturbações do comportamento. Entre os seis e doze anos, há alterações dessas perturbações que passam a ter outros aspectos como isolamento, timidez, ansiedade, dificuldades de aprendizagem, conflitos familiares, comportamentos estranhos e idéias extravagantes e bizarras.

Na classificação apresentada por Louzã Neto (1996), os principais subtipos clínicos são: paranóide, hebefrênico, catatônico, simples e residual. Segundo esse autor, na esquizofrenia paranóide predominam os delírios e alucinações. Para esse autor, a paranóide é considerada o subtipo mais freqüente dessa enfermidade e, segundo informa, o seu início costuma ser mais tardio que os demais subtipos. A esquizofrenia hebefrênica (também denominada desorganizada) se caracteriza pelo predomínio dos distúrbios da afetividade, pelo comportamento pueril e desorganizado; inicia-se mais cedo e tende a ter uma evolução mais grave. A forma catatônica apresenta principalmente alterações da motricidade, que pode mostrar-se diminuída ou aumentada.

Nesse item, Sterian (2001, p.31) acrescenta que no tipo catatônico, o quadro clínico deve estar dominado por pelo menos dois dos seguintes sintomas: imobilidade motora evidenciada por cateplexia (incluindo flexibilidade cérea ou estupor); atividade motora excessiva (aparentemente desprovida de propósito e não influenciada por estímulos externos); extremo negativismo (uma resistência, aparentemente sem motivo, a toda e qualquer instrução; manutenção de uma postura rígida que resiste às tentativas de mobilização ou mutismo); peculiaridades do movimento voluntário evidenciadas por posturas (adoção voluntária de posturas

¹ Sears e Feldman (1981) dividiram as idades do ser humano em 7 (sete) etapas, quais sejam: dos 0 a 5 anos, idades que compõem a “primeira infância”; dos 6 a 12 anos, que englobam a “infância média e final”; dos 12 a 18 anos, fase da “adolescência”; dos 18 a 30 anos, etapa chamada de “adulto jovem”; dos 30 a 42 anos, denominada “o vigor da vida”; dos 42 a 60 anos, “meia idade”; acima dos 60 anos, “velhice”.

inadequadas ou bizarras, movimentos estereotipados, maneirismos proeminentes ou trejeitos faciais proeminentes); e, ecolalia (refere-se à tendência a repetir automaticamente sons ou palavras) ou ecopraxia (tendência a repetir automaticamente atitudes ou gestos).

Louzã Neto (1996) cita, ainda, a esquizofrenia simples e a define como sendo rara e que se caracteriza por uma deterioração gradual e progressiva da personalidade, sem que ocorram outros sintomas proeminentes da doença, depois que o paciente teve um ou mais episódios e apresenta principalmente sintomas negativos. Por último o autor cita a esquizofrenia residual e afirma ser o estágio crônico da doença, depois que o paciente teve um ou mais episódios e apresenta principalmente sintomas negativos.

Sallet e Gattaz (s.d), com base na classificação de Leonhard, afirmam que a esquizofrenia pode ser classificada como sistemática e não sistemática. No grupo da esquizofrenia sistemática encontram-se os hebefrênicos, parafrenias e catatonias. São ditas “sistemáticas” na medida em que exibem características nosológicas bem delimitadas, afetando preferencialmente sistemas psíquicos específicos, como o afeto, o pensamento ou a psicomotricidade, segundo o subgrupo a que pertençam. Os sistemas psíquicos estariam afetados conforme uma debilidade herdada ou adquirida, conceito que guarda correlação com a patóclise de Vogt. Os demais sintomas são tidos como acessórios. São doenças com início insidioso, curso progressivo e prognóstico desfavorável. Exibem influência genética pouco pronunciada.

A esquizofrenia não sistemática caracteriza-se por oxórdio impetuoso, evolução por surtos e com estados residuais de gravidade variável, ainda que conservem um melhor prognóstico em relação às formas sistemáticas: catatonia periódica, embotamento; parafrenia afetiva, desconfiança, suspicácia; catafasia, confusão, indiferença. Exibem melhor resposta à terapêutica neuroléptica e influência genética pronunciada, oferecendo-se apropriadamente à investigação genética como grupo mais homogêneo.

Do ponto de vista de Galvêas (2003), a “esquizofrenia paranóide” é uma modalidade de esquizofrenia que, vista como uma significativa perda de contato com a realidade, através do relaxamento das formas usuais de associações de idéias, toma forma (ou aspecto) de paranóia, vista, por sua vez, como aparecimento de

ambições desmedidas (suspeitas que evoluem, geralmente, para mania de grandeza (megalomania) aliada a delírios persecutórios. No entanto, Galvêas (2003) ressalta que apesar de ser observado o relaxamento das formas usuais de associações de idéias (característico da esquizofrenia), os sentimentos de perseguição e megalomania são, freqüentemente, estruturados sobre base lógica).

Segundo Quilici (s.d.), a esquizofrenia paranóide é uma das esquizofrenias mais comuns e na sua manifestação, em geral, predominam os delírios. Os pacientes são difíceis de lidar porque estão sempre angustiados com sua segurança e a possibilidade de serem traídos ou surpreendidos. Eles cuidam de si mesmos durante todo o tempo o que sinaliza para um relacionamento familiar onde não foram devidamente cuidados.

Ainda, segundo Quilici (s.d.), em geral nota-se que os pacientes paranóides são pessoas extremamente alertas e assim, pela necessidade de observar às pessoas a sua volta e prevenirem-se de seus ataques presumidos, aprendem a conhecê-las com uma grande precisão. Conhecem-se também seu ambiente com detalhes. Normalmente fala-se na “grande inteligência” do paranóico. Eles podem ter um agudo senso de observação e captar informações importantes do ambiente, mas, não fazem dela um uso coerente. Toda observação é usada para dar sentido aos seus delírios, ou seja, alimentar a própria doença. Dessa forma, seu conhecimento cai no vazio e torna-se inútil porque não se articula com outras instancias mentais. Eles vivem o momento atual, aquele que o ameaça e assim, não conseguem estabelecer ligações entre o passado e o presente, entre causa e efeito. A necessidade obsessiva de controlar o ambiente atual faz com que fiquem impedidos de articular diferentes períodos da experiência. Em geral, todos esses esforços e os aperfeiçoamentos das habilidades de reconhecimento e previsão do ambiente acabam por tornarem-se inúteis porque não tem utilidade prática.

1.5 Sintomas da esquizofrenia

Em 1809, Pinel descreveu os primeiros casos de esquizofrenia, sob a denominação de “idiotia”. Anos depois, a partir de observações do comportamento de um dos seus discípulos, Pinel descreve sintomas do que denomina “demência

crônica” como “o negativismo, o estupor, a apatia, as estereotípias, a verbigeração e as atitudes especiais”. Outras descrições dos sintomas psicopatológicos da “demência precoce”, como era chamada a esquizofrenia no passado, foram realizadas pelos alienistas franceses no início do século XX (Paim 1990, p. 1-2).

Louzã Neto (1996, p.29-30) cita e descreve os sintomas mais comuns na esquizofrenia, como:

- a) “delírios”: são pensamentos ou idéias que não correspondem à realidade, ou seja, o doente começa a acreditar que estão acontecendo coisas à volta dele quando na realidade essas coisas não estão acontecendo. Há uma perda do juízo da realidade. Os temas dos delírios costumam ser bizarros, implausíveis, mas o paciente acredita neles piamente, não modificando suas idéias mesmo após exaustiva demonstração da impossibilidade das mesmas;
- .b) “alucinações”: são percepções irreais dos órgãos dos sentidos. As alucinações auditivas são mais freqüentes. Podem acontecer, embora mais raramente, alucinações visuais, olfativas ou do tato: o paciente tem “visões”, sente odores diferentes ou tem sensações de “formigamento” ou de modificações em seu corpo;
- c) “alterações do pensamento”: o doente tem a sensação de que seus pensamentos não lhe pertencem, como se eles fossem colocados por outros em sua cabeça. Pode também sentir que seus pensamentos são bloqueados, influenciados, controlados ou roubados por outrem; ou ainda que podem ser lidos por outras pessoas como num processo de “telepatia”. A desorganização das idéias é outro tipo de alteração do pensamento;
- d) “alterações da afetividade”: muitos pacientes têm uma perda da capacidade de reagir afetivamente aos acontecimentos. O paciente esquizofrênico perde a capacidade de expressar suas emoções, torna-se indiferente a todos que estão a sua volta, apresenta embotamento afetivo. Outra alteração da afetividade é a incongruência afetiva. O paciente apresenta uma reação afetiva que não é adequada ao contexto, como por exemplo, o contexto é de tristeza e o paciente ri;
- e) “diminuição da motivação”: o paciente perde a vontade, não tem impulso suficiente para enfrentar as tarefas do dia-a-dia. Falta-lhe ânimo. Quase não conversa, fica apático, isolado e retraído socialmente;
- f) “sintomas motores”: pacientes apresentam alterações de motricidade, ficando muito parados, sem movimentação espontânea, com posturas estranhas, sem falar

ou andar. Outros pacientes podem apresentar o quadro oposto: ficam agitados, não conseguem parar de se movimentar, falam e gesticulam bastante, sem propósito algum.

Quilici (s.d.) explica que os conteúdos delirantes podem parecer pouco sistemáticos e em geral, são precedidos de disforia (estado caracterizado por ansiedade, depressão e inquietude) e grande ansiedade. Neste tipo de esquizofrenia predominam as alucinações, principalmente as alucinações visuais e auditivas. O mais comum, entretanto, nos esquizofrênicos paranóides e que ouvem vozes que parecem ordenar, aconselhar ou mesmo insultar o indivíduo.

O esquizofrênico paranóide também sofre de sinestesias que é uma sensação de que algo influencia o corpo, como doenças cujos sintomas são difusos. Realmente há um certo poliformismo alucinatório e delirante, com variadas temáticas absurdas, incoerentes, de prejuízo, influência hipocondríaca, como humor variável, ambivalência, e seus comportamentos estão sempre de acordo com a temática delirante.

Nesse sentido, Quilici (s.d., p. 1) ressalta que a esquizofrenia paranóide é a mais típica, a mais florida e na qual predominam os sintomas mais produtivos e positivos. Esta é uma esquizofrenia com melhor prognóstico e onde predominam os sintomas como as alucinações e delírios. É possível que a doença venha aparecer em idades avançadas como, por exemplo, entre os 25 ou 30 anos.

Louzã Neto (1996) afirma que muitos outros sintomas podem ser observados em pacientes esquizofrênicos, como autismo, ambivalência (existência de sentimentos ou vontade opostos ao mesmo tempo), dificuldade de atenção e concentração, dificuldades de memória e considera que esses sintomas sejam consequência dos sintomas anteriormente citados. Ainda segundo o autor, os sintomas descritos vêm sendo agrupados em sintomas positivos ou produtivos e negativos ou deficitários.

Os sintomas positivos decorrem de uma distorção do funcionamento normal das funções psíquicas e aparecem em forma de delírios, alucinações e desorganização do pensamento. Os sintomas negativos são considerados consequência da diminuição ou perda das funções psíquicas e incluem a diminuição da afetividade e da motivação, a pobreza de discurso e o retraimento social. Louzã Neto (1996) informa que estudos revelam que os sintomas positivos decorrem das

alterações bioquímicas observadas na esquizofrenia, enquanto os negativos seriam consequência da perda de células nervosas em determinadas áreas do cérebro.

Em resumo, segundo Louzã Neto (1996, p.38) são inúmeros os sintomas e manifestações da esquizofrenia. E, embora esses sintomas sejam variáveis entre os pacientes e variem também num mesmo paciente ao longo do tempo, costuma-se delimitar alguns subtipos clínicos da esquizofrenia, uma vez que alguns sintomas tendem a se agrupar de modo semelhante.

Nesse sentido, Quilici (s.d., p. 1) ressalta que nunca haverá um quadro esquizofrênico igual a outro porque o indivíduo esquizofrênico sofre as influências de seu ambiente imediato e pode, dessa forma, apresentar traços diferenciais que são características da sua família de origem.

Ainda nessa perspectiva, Quilici (s.d.) relata aspectos dos transtornos mentais associados à enfermidade. Para esse autor, o indivíduo pode apresentar afeto inadequado, por exemplo, sorriso, riso ou expressão facial tola na ausência de um estímulo adequado, que é um dos aspectos definidores do “tipo desorganizado”. A anedonia é comum e se manifesta por uma perda de interesse ou prazer. O humor disfórico pode assumir a forma de depressão, ansiedade ou raiva. Pode haver perturbações no padrão do sono (por ex. dormir durante o dia e permanecer ativo ou inquieto à noite). O indivíduo pode demonstrar falta de interesse por alimentar-se ou recusar alimentos em consequência a crenças delirantes. Com frequência, existem anormalidades da atividade psicomotora (por ex. andar a esmo, balançar-se ou imobilidade apática). Dificuldades de concentração freqüentemente são evidentes e podem refletir problemas para focalizar a atenção ou distractibilidade devido à preocupação com estímulos internos. Embora as funções intelectuais básicas sejam classicamente intactas na Esquizofrenia, alguns indicadores de disfunção cognitiva freqüentemente estão presentes. O indivíduo pode estar confuso e desorientado ou ter prejuízo de memória durante um período de exacerbação dos sintomas ativos, ou na presença de sintomas negativos muito severos. A falta de *insight* é comum e pode ser um dos melhores indicadores de mau prognóstico, talvez por predispor o indivíduo à falta de aderência ao tratamento. Despersonalização, desrealização e preocupações somáticas podem ocorrer e ocasionalmente alcançam proporções delirantes. Anormalidades motoras, por exemplos, trejeitos faciais, posturas,

maneirismos estranhos, comportamento ritualístico ou estereotipado, às vezes, estão presentes.

Os transtornos relacionados a substâncias, incluindo dependência de nicotina, são comuns. O transtorno esquizotípico ou transtorno da personalidade paranóide podem ocasionalmente preceder o início da Esquizofrenia. Não está claro se esses Transtornos da Personalidade são simplesmente prodrômicos à Esquizofrenia ou se constituem um transtorno anterior distinto.

Ballone (s.d, p. 2-3) descreve o problema da depressão na esquizofrenia, ressaltando que depois de muitas pesquisas durante o curso dessa enfermidade, um conceito novo surgiu, em relação à Depressão Pós-Psicótica. É a chamada Depressão Revelada. Segundo Ballone, Knights & Hirsh, autores desse termo, achavam que os sintomas depressivos da esquizofrenia apenas se tornavam visíveis no pós-surto agudo, depois do abrandamento dos sintomas psicóticos, mas afirma que já estavam presentes durante o curso da doença.

O estudo específico para avaliar a cronologia dos sintomas depressivos nas diversas fases da esquizofrenia confirma que os sintomas depressivos podem ocorrer em todas as fases da doença e, exatamente o Episódio Psicótico Agudo é apontado como a fase em que os sintomas depressivos são mais freqüentes. Além disso, outros estudos mostram que os sintomas depressivos estão entre os sintomas prodrômicos² mais freqüentes que antecedem a descompensação psicótica. A afirmativa duvidosa de que a ocorrência de Depressão Pós-Psicótica era sinal de bom prognóstico também vem perdendo sustentação progressivamente. Ao contrário do que se pensava, estudos longitudinais têm considerado a depressão como um indicador de prognóstico desfavorável. A Depressão Pós-psicótica tem sido relacionada a hospitalizações mais longa, a pior resposta a medicações, pior desempenho social, cronicidade, maiores taxas de recaídas e ao suicídio.

Segundo Balone (s.d.), o termo Depressão Pós-Psicótica nasceu das observações de Eissler, em 1951, que descreveu uma síndrome depressiva que

² Sintoma prodrômico ou pródromo significa, em medicina, o sintoma que antecede uma doença, tal como o mal estar que antecede a gripe, ou a dor nos testículos que precede a cólica renal, etc. Até agora a maioria dos estudos sobre os pródromos da Psicose Esquizofrênica tem se referido mais aos sintomas que precedem as recaídas psicóticas de uma Esquizofrenia anteriormente diagnosticada do que aos pródromos de um primeiro surto psicótico (Ballone, 2003).

seguia o episódio psicótico agudo. Esse estado emocional, pós-surto agudo, era caracterizado por apatia e desinteresse e foi denominado de mutismo clínico relativo. A depressão Pós-Psicótica encontra-se entre os quadros conhecidos da enfermidade, sendo amplamente utilizado na prática clínica e tendo repercussões nas principais classificações diagnósticas. Na CID 10, sob o código F20.4, está a Depressão Pós-Esquizofrênica. Segundo essa classificação, trata-se de um “Episódio depressivo eventualmente prolongado que ocorre ao fim de uma afecção esquizofrênica. Ao menos alguns sintomas esquizofrênicos positivos ou negativos devem ainda estar presentes, mas não dominam mais o quadro clínico”. Segundo, ainda a CID. 10, este tipo de estado depressivo se acompanha de um maior risco de suicídio e se os sintomas esquizofrênicos ainda estiverem bastante aparentes e proeminentes, deve-se preferir o diagnóstico de Esquizofrenia Indiferenciada.

Sobre Alterações da Afetividade, Ballone (s.d., p. 3) ressalta que em pacientes esquizofrênicos observa-se o curioso fenômeno do sentimento de falta de sentimento. Os pacientes queixam-se de que não experimentam sentimentos de espécie nenhuma, de que não sentem ânimo para participar de festas ou de qualquer tipo de distração. Queixam-se que não têm o desejo de sentir emoções.

Ballone (s.d.) ressalta que algumas vezes, as reações afetivas são inteiramente inadequadas aos estímulos. Acontecimentos que produzem reação emocional intensa em indivíduos são podem desencadear uma reação paradoxal nos esquizofrênicos. Fatos expressivos podem ser acompanhados da mais completa indiferença ou, ao contrário, fatos banais podem provocar intensas reações afetivas.

Nos quadros de estado de esquizofrenia é muito comum verificar-se que o paciente revela sentimentos e estados de ânimo qualitativamente novos, na maioria das vezes indefinidos e incompreensíveis. Os pacientes fazem referência a sentimentos de pavor, de desespero, de solidão de desprezo social, ou a sentimentos de beatitude e de iluminação divina. Talvez a definição de sentimentos, juntamente com uma mudança na qualidade destes, determina o aparecimento de inexplicáveis sensações de solidão, de inadaptação ao ambiente, de encontrar-se fora do mundo, de não estar de acordo consigo mesmo, de revelar. Segundo Ballone (s.d.), a Ambivalência Afetiva surge em todas as situações de conflito, especialmente nos Transtornos Neuróticos, mas será na esquizofrenia que a Ambivalência se apresentará com aspectos mais característicos e mais extremos.

1.6 Fatores de risco para os indivíduos com esquizofrenia

Quilici (s.d.) afirma que a expectativa de vida para indivíduos com esquizofrenia é menor que para a população em geral, por uma variedade de razões. O suicídio, por exemplo, é um fator que exige muito cuidado, pois é cometido por 10% dos indivíduos com esquizofrenia. Os fatores de risco de suicídio incluem indivíduos do sexo masculino, com aproximadamente 30 anos de idade, com sintomas depressivos, desempregados e com alta hospitalar recente.

Ballone (s.d.) afirma que entre os fatores capazes de aumentar o risco de suicídio em pacientes esquizofrênicos destacam-se: o isolamento social, ser solteiro, desempregado, ter história prévia de tentativa de suicídio, fortes expectativas sócio-familiares de boa performance, curso da doença crônico e com muitos surtos agudos, múltiplas internações, dificuldades no trabalho, história de depressão no passado e, evidentemente, depressão presente. Este último fator é de maior risco ainda, quando o sintoma proeminente é humor deprimido persistente e desesperança. Para os serviços de saúde mental vale muito, como alerta, saber que os pacientes esquizofrênicos que cometeram suicídio apresentavam sintomas depressivos no último contato com esses serviços.

Shirakawa (*apud* Balone, s.d.) ressalta que, de maneira geral, é fora da crise psicótica aguda, que acontecem o maior número de suicídios entre os esquizofrênicos. De acordo com o autor, é nesse período que todas as pessoas que se relacionam com esses indivíduos devem ficar atentas.

Quando a questão em análise é a tentativa de suicídio, os números são bem mais expressivos. Os trabalhos referem a taxas entre 18% e 55% de tentativas de suicídio em pacientes esquizofrênicos, com um valor médio em torno de 30%. A associação entre sintomas depressivos, e tentativas de suicídio em pacientes esquizofrênicos, está entre 35% a 79% dos casos. Estas proporções são semelhantes às encontradas na população que tem esquizofrenia e na população considerada normal.

Quanto à frequência de atos de violência entre essa população e a população em geral, as idéias são conflitantes por falta de pesquisas sobre a questão.

II – Tratamento da esquizofrenia

Segundo Louzã Neto (1996), o tratamento da esquizofrenia se fundamenta em dois pilares essenciais: no tratamento medicamentoso e nas abordagens psicossociais. O medicamento tem duas funções básicas: aliviar os sintomas na fase aguda da doença e prevenir novos episódios da doença. Tomar o medicamento é condição necessária, mas não suficiente para o tratamento da esquizofrenia. Não se deve ter a ilusão de que basta tomar o medicamento e tudo estará resolvido, uma vez que, na grande maioria dos casos, a pessoa fica com seqüelas, principalmente deficiências da afetividade e da vontade. Tipicamente o paciente apresenta apatia, perda da motivação e interesse, embotamento afetivo, dificuldades para tomar iniciativas no seu dia-a-dia. O paciente esquizofrênico tem limitações, por isso, não adianta exigir dele algo que não consegue realizar. Além dos medicamentos vários outros procedimentos são necessários para auxiliar o paciente em sua reintegração global. O tratamento da esquizofrenia envolve um trabalho de equipe, onde diferentes profissionais atuam de modo simultâneo colaborando no processo de reabilitação. A meta da reabilitação é propiciar ao paciente a melhor qualidade de vida possível dentro dos limites que a doença impõe. Muitas vezes o paciente ou familiares relutam em aceitar a doença. A conscientização da doença é um fato fundamental para o desenvolvimento do tratamento.

Louzã Neto (1996) cita algumas das abordagens psicossociais utilizadas freqüentemente em tratamento de pacientes esquizofrênicos:

a) Hospital-dia (HD) – onde o paciente permanece durante o dia ou parte dele, retornando a sua casa diariamente. No HD são oferecidas diversas atividades, centralizadas em um espaço físico, com uma programação que ocupa a semana inteira visando à interação social do paciente. Muitas vezes o HD serve como intermediário entre a internação e o acompanhamento ambulatorial, pois permite um acompanhamento intensivo do paciente, ao mesmo tempo em que não o retira do ambiente familiar;

b) Hospital-noite (HN) e pensão protegida – no hospital-noite e também na pensão protegida ocorre o sistema inverso do HD. O paciente que tem algum tipo de trabalho e não tem condições de morar sozinho ou junto aos familiares dispõe de um local, sob supervisão, para morar e passar o fim-de-semana;

c) Terapia ocupacional – na terapia ocupacional são desenvolvidas atividades manuais e de expressão, tais como pintura, trabalhos com argila, desenho e outros;

d) Oficina abrigada – nas oficinas abrigadas, o objetivo alcançado é mais específico: treinamento para um trabalho ou atividade profissional. Vale lembrar que a esquizofrenia atinge o adulto jovem que está se preparando para entrar no mercado de trabalho ou está recém-inserido nele. Com frequência o paciente não consegue retomar a atividade que desenvolvia anteriormente. É necessário então fazer uma reorientação vocacional e prepará-lo para exercer uma profissão. Nas oficinas abrigadas, ao mesmo tempo em que o paciente aprende uma nova atividade, sob supervisão constante, ele é submetido às condições semelhantes de um trabalho (produtividade, estresse), permitindo avaliar sua capacidade de tolerar a pressão do trabalho;

e) Acompanhamento terapêutico – o acompanhamento terapêutico é uma atividade desenvolvida por uma pessoa tecnicamente capacitada junto ao paciente em seu dia-a-dia, em seu ambiente de vida;

f) Psicoterapia – algumas décadas, acreditava-se que a psicoterapia do paciente esquizofrênico seria tanto melhor quanto mais o paciente apresentasse os sintomas delirantes e alucinatórios, pois assim se chegaria ao âmago dos conflitos do paciente e aí seria possível resolver o problema. Chegou-se a preconizar que o paciente não deveria ser medicado, pois isso “atrapalhava” a psicoterapia. Esta postura está hoje abandonada. Sabe-se hoje que o tratamento medicamentoso não prejudica a psicoterapia, muito pelo contrário, permite uma interação produtiva entre terapeuta e paciente. A psicoterapia não cura a esquizofrenia, porém, permite a construção de uma relação humana consistente, onde o terapeuta irá ajudar o paciente a lidar com as dificuldades que enfrentará ao longo de sua vida;

g) Orientação e psicoterapia familiar – a orientação familiar tem como objetivo esclarecer sobre a doença e sobre o modo de lidar no dia-a-dia com o paciente. Visa principalmente informar e oferecer apoio àqueles que estarão em contato constante

com o paciente. A importância da atuação da família ao longo do tratamento do paciente esquizofrênico vem sendo ressaltada em inúmeras pesquisas.

III – Relação Familiar e Social

Mari (s.d.) relata que a maioria das pesquisas sobre familiares de pacientes com esquizofrenia foram realizadas para testar a teoria das Emoções Expressas (EE), desenvolvida por investigadores britânicos. Os sentimentos manifestados pelos familiares foram avaliados segundo os escores obtidos em uma entrevista semi-estruturada; denominada Entrevista Familiar de Camberwell. Estes escores eram baseados na tonalidade vocal da fala e no conteúdo dos relatos familiares. A entrevista continha os seguintes componentes: a) comentários críticos que eram julgados pelo tom da voz e manifestações claras de indignação censura ou desamor; b) hostilidade, indicando rejeição e comentários críticos generalizados; c) superenvolvimento, para avaliar uma preocupação excessiva em relação ao paciente e demonstração de ansiedade frente a problemas corriqueiros; e d) afeto, o único escore positivo para incorporar comentários de suporte e demonstração espontânea de acolhimento e afeição.

Mari (s.d) ressalta que o interesse pelo assunto motivou diversas intervenções familiares na esquizofrenia, todas apresentando objetivos semelhantes. Os ingredientes dessas intervenções com enfoque psicossocial podem ser sintetizados do seguinte modo: a) promover uma aliança com os familiares que cuidam do paciente; b) reduzir a adversidade do ambiente familiar (ou seja, diminuir o clima de sobrecarga emocional através da redução do estresse e do sentimento de opressão dos familiares); c) aumentar a capacidade resolutiva dos problemas dos familiares; d) diminuir a expressão de raiva e culpa; e) manter expectativas de um desempenho exequível por parte do paciente (ou seja, pela manutenção de um balanço adequado entre a promoção de uma melhora no funcionamento do paciente e a super estimulação que aumenta o risco de recaídas); f) estabelecer limites apropriados

entre paciente e seus familiares; g) determinar mudanças no sistema de crenças e comportamentos dos familiares. Todos esses pontos podem ser observados como princípios gerais que são, provavelmente, aplicados em diversas intervenções.

De acordo com Louzã Neto (1996, p. 69-71), a maneira de compreender a relação entre a família e o paciente esquizofrênico tem oscilado ao longo do tempo. Na década de 1960, formulou-se o conceito de que a esquizofrenia seria causada pela família, mais especificamente pela maneira como a mãe interagia com o paciente. Esta chegou a ser chamada de “mãe esquizofrênica”. Esse fato desencadeou uma série de conflito entre familiares, pacientes e terapeutas, prejudicando o relacionamento entre eles. À medida que as pesquisas foram demonstrando as bases cerebrais da esquizofrenia, esse conceito foi perdendo importância. Isto não significa que a família não tenha um papel importante a desempenhar no acompanhamento do enfermo, nem que não deva ser responsabilizada, em alguns casos, pela piora clínica do indivíduo. Porém, segundo Louzã Neto (1996), é preciso considerar que a maioria dos pacientes vive com os familiares e estes assumem o suporte emocional e financeiro, cuidando e orientado o dia-a-dia dessas pessoas.

Esse autor ressalta que muitas vezes os familiares relutam em aceitar o diagnóstico da “esquizofrenia”, pelo próprio preconceito que têm da doença. Mas alerta que essa aceitação é fundamental para que possam auxiliar e participar do tratamento do paciente. Frequentemente, diante das atitudes excêntricas dos pacientes, os familiares reagem também com atitudes inadequadas, o que perpetua um círculo vicioso que, uma vez estabelecido, é difícil de ser rompido.

Para auxiliar os que lidam com pessoas esquizofrênicas, Louzã Neto (1996) faz as seguintes recomendações:

- a) participar e colaborar em tudo que diz respeito ao tratamento do paciente.
- b) trocar experiências que possam ajudar no relacionamento;
- c) encarar qualquer situação com tranquilidade, sem medo ou retração;
- d) não criticar ou ridicularizar o paciente;
- e) evitar a superproteção;
- f) tomar cuidado com os preconceitos.
- g) não ter expectativas elevadas em relação a uma rápida e total recuperação do paciente;

- h) imbuir-se da idéia de que conviver e auxiliar um paciente com esquizofrenia exige esforço e dedicação, muitas vezes sem uma recompensa equivalente;
- i) estar ciente das possibilidades e limitações inerentes à doença, para que se saiba enfrentar os sentimentos negativos como raiva, vergonha, frustração, entre outros, que poderão ocorrer;
- j) tornar o ambiente estruturado e organizado auxiliando o esquizofrênico a criar uma rotina diária de acordo com as capacidade e habilidades preservadas do doente.

De acordo com Smith (1995, p. 150-151), muitos pacientes esquizofrênicos voltam para casa sem que tenham se recuperado inteiramente, mas adverte que o lar não é o melhor ambiente para melhorar o indivíduo garantir que ele permaneça bem. Para qualquer perturbação original da família, freqüentemente ainda não resolvida e talvez insolúvel, pode acrescentar-se ressentimento e recriminação pelos maus tempos que precederam a internação. A família se ressentida do comportamento difícil com o qual tiveram que conviver: o paciente ressentido-se da falta de compreensão que recebeu e de ter sido mandado para o hospital. Não é surpreendente que pacientes que voltem ao convívio de parentes mais emocionais e abertamente críticos recaiam com maior freqüência. Essa é uma observação feita pelos clínicos e recentemente confirmada por meio de uma pesquisa.

Smith (1995) ressalta que as famílias sentem-se sobrecarregadas, mal compreendidas pelos serviços profissionais, e desorientadas pelo comportamento do paciente. No passado ofereceu-lhes pouca ajuda, exceto a internação do paciente quando a vida era intolerável, e agora a ênfase no atendimento comunitário fora das instituições significa que pacientes perturbados permanecem em casa quando o pretendo atendimento pode ser inadequado. Para esse autor, tem faltado e sido dolorosamente omitido aconselhamento informativo sobre a enfermidade e suas incapacitações, sobre o excesso e a falta de estimulação social, e a redução da intensidade e duração do contato dentro da família quando o paciente mostra sinais de recidiva, a respeito das drogas e sobre os serviços disponíveis.

Aconselhamento do paciente, da família e parentes como um todo pode ser provido pelos assistentes sociais, psiquiatras nas clínicas ambulatoriais e particularmente pelas enfermeiras psiquiátricas da comunidade que tem conhecimento inigualável das condições nas suas formas graves no hospital, e que agora estão cada vez mais trabalhando com os pacientes e as famílias. Mais apoio

às famílias pode estar disponível através dos grupos de auto-ajuda que trocam informações e conselhos.

Mari (s.d) afirma que o paciente esquizofrênico sofre intensamente com sua condição e sua família também e que, apesar disso, os programas político-sociais de reinserção dos doentes mentais na sociedade ignoram o sofrimento e as necessidades deles. A família é vista como desestruturada, fria, indiferente ou mesmo hostil ao paciente. Da mesma forma que o paciente esquizofrênico sofre duas vezes, pela doença e pelo preconceito, a família também sofre duas vezes com a doença do familiar e com a discriminação e a incompreensão sociais. Para esse autor, num país pobre como o Brasil, a assistência à família do esquizofrênico deveria ser um programa governamental indispensável, de modo a preservar o desempenho social (estudo, trabalho, profissão) dos parentes dos pacientes esquizofrênicos. Segundo esse autor, o nível de recuperação que se tem com o tratamento da esquizofrenia é muito baixo e alerta que os irmãos saudáveis desses pacientes devem ser amparados para não terem problemas de desenvolvimento por causa da enfermidade de um irmão.

De acordo com Louzã Neto (1996, p. 53-56), o desconhecimento das causas da esquizofrenia acarreta dois sérios problemas. Para o médico há a dificuldade do diagnóstico, que é feito somente a partir da análise dos sintomas e comportamentos da pessoa, não existindo qualquer tipo de exame laboratorial que possa ajudar a afirmar se uma pessoa tem ou não esquizofrenia. Essa situação torna impossível qualquer tentativa de intervenção ou tratamento para prevenir o início da doença. Para a família, receber a notícia da instalação da doença e de que esta doença se chama esquizofrenia acarreta geralmente um impacto grande em quem está doente e em seus familiares. Muitos preferem acreditar que o médico errou ou não sabe o que está dizendo, e fogem do tratamento. Isso porque há uma idéia generalizada de que ao esquizofrênico, está reservado inevitavelmente um lugar no manicômio, longe do convívio familiar e social. Os tratamentos atuais permitem que o paciente conviva normalmente na sociedade que tem a grande responsabilidade de acolhê-lo.

Porém, algumas doenças são estigmatizadas pelos preconceitos e seus portadores alvo de repúdio, aversão e do ridículo. Esta é, com certeza a maior dificuldade enfrentada pelo esquizofrênico e seus familiares. Com freqüência, os doentes ou os seus familiares correm em busca de tratamentos milagrosos, curas

impossíveis, usando de todos os métodos que lhes caiam nas mãos, por mais estranhos que pareçam, para tentar melhorar sintomas que não compreendem por falta de informação.

Louzã Neto (1996) ressalta, ainda, que o fato de uma doença ser incurável, não torna o destino de seu portador inexorável. A esquizofrenia é vista com preconceito, revolta ou vergonha. De acordo com esse autor, pode-se compreender alguém deitado no leito com febre, mas não se compreende porque um esquizofrênico, “com saúde de ferro”, sofre de apatia e fica deitado no leito. Nós o julgamos preguiçoso e não doente. O papel que a família e a sociedade têm a desempenhar no tratamento do paciente esquizofrênico é tão importante quanto o papel que têm no tratamento de qualquer outra enfermidade crônica grave, porque todas elas pressupõem uma reintegração. Isto significa que o tratamento não se esgota com medicamentos e eventuais internações, mas se completa com todas as ações e procedimentos que visem reintegrações familiares, profissionais e sociais, objetivando uma melhora da qualidade de vida do doente.

III

METODOLOGIA

METODOLOGIA

O estudo deste trabalho é do tipo descritivo. Os dados coletados são transcrições de entrevistas. A linha adotada para o seu desenvolvimento foi a investigação qualitativa. A estratégia utilizada foi a análise de conteúdo, por meio do cruzamento dos dados coletados com o referencial teórico e com relatos de um esquizofrênico (BARROS, 1992).

Para a coleta de dados, escolheu-se a entrevista. Para tanto, utilizou-se um roteiro semi-estruturado com o propósito de garantir unidade nas perguntas.

Investigação Qualitativa

De acordo com Bogdan e Biklen (1994, p. 16), a expressão “investigação qualitativa”, utilizada nas ciências sociais a partir dos anos setenta, é um termo genérico que abarca diferentes estratégias de investigação. De maneira geral, os dados identificados caracterizam-se pela riqueza de aspectos descritivos relacionados a pessoas e a diferentes temas, analisados com base em elemento valorativo e não na idéia de quantificação. No entanto, esses autores observam que, nesse tipo de investigação, há uma certa dificuldade no tratamento dos dados qualitativos, os quais prescindem de números para serem apresentados.

Os entrevistados

A clientela selecionada para participar deste estudo é composta por 03 indivíduos, com idades que variam entre 37 e 40 anos, todos residentes em Brasília, Distrito Federal. Foram escolhidos porque trabalham no Instituto de Saúde Mental, onde cuidam de pessoas com esquizofrenia.

O entrevistado de número 1 é médico psiquiatra, tem 40 anos de idade e 10 anos de experiência profissional. A entrevistada de número 2 é enfermeira, tem 38

anos de idade e 14 anos de experiência profissional. A terceira entrevistada é assistente social, tem 37 anos de idade e 12 anos de experiência profissional.

Quanto à amostra¹, pautou-se nas considerações de Turato (2003, p. 365), que apresenta a relação direta da amostragem randômica ou aleatória para a pesquisa quantitativa e a amostragem proposital ou intencional para a pesquisa qualitativa. De acordo com esse autor, no primeiro tipo de amostragem os critérios de escolha dos sujeitos são casuais, sem preferência pelos incluídos na pesquisa. Já na amostragem proposital, os sujeitos devem ser escolhidos pelo pesquisador dentre aqueles que, na sua visão, poderão contribuir de forma significativa para a obtenção de informações consistentes acerca do fenômeno que se deseja estudar.

Para Turato (2003, p. 359), o número da amostra na pesquisa qualitativa deve levar em conta a sua natureza – compreensão do(s) fenômeno(s), por meio da interpretação do que as pessoas dizem – e não a explicação matemática dos fenômenos.

Método utilizado para a análise e discussão dos resultados

A análise de conteúdo foi uma das estratégias escolhidas porque, de acordo com Trivinos (1987, p. 159), as técnicas utilizadas pelos métodos de investigação, como as entrevistas, os questionários, entre outros, só adquirem “força e valor” quando são apoiados por um referencial teórico.

A organização da análise de conteúdo envolveu três fases distintas:

- a) seleção e leitura do material;
- b) exploração do material;
- c) cruzamento dos dados coletados com o referencial teórico e com os relatos de uma pessoa que tem esquizofrenia.

¹ Amostra: “parcela selecionada, segundo uma determinada conveniência, e extraída de uma população de sujeitos, consistindo num subconjunto do universo” (Turato, 2003, p. 351).

Instrumentos de pesquisa

Para as entrevistas foi utilizado um roteiro semi-estruturado, apoiado em questões relacionadas ao tema – Inclusão Social dos Esquizofrênicos –.. As perguntas foram elaboradas com base na fundamentação teórica e nas informações coletadas a respeito da esquizofrenia (ver apêndice, p. 64-65).

Coleta de Dados

A coleta de dados foi precedida de um período exploratório objetivando-se identificar pessoas com perfil compatível ao preestabelecido no projeto de pesquisa (pessoas que trabalhassem no ambiente que trata de esquizofrênicos) e negociar o acesso ao ambiente onde foram realizadas as entrevistas. Para tanto foram executadas as seguintes ações:

- a) visita ao Instituto de Saúde Mental, para conhecer as dependências e as atividades desenvolvidas pelo hospital e verificar a possibilidade de realização da pesquisa;
- b) contato telefônico para agendamento das entrevistas.

Descrição do Instituto de Saúde Mental

Dentro do Instituto de Saúde Mental (ISM), da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, funcionam o Hospital-Dia (HD) e um ambulatório. Pacientes que chegam ao hospital-dia participam de oficinas de músicas, informática, artes etc. Os pacientes chegam pela manhã, tomam café na instituição, participam de uma caminhada e, em seguida, são avaliados pelos profissionais que preparam o atendimento. Depois do almoço, participam de trabalhos específicos nas oficinas e no final do dia vão para casa.

O hospital-dia tem atualmente oitenta (80) pacientes, divididos em quatro grupos de vinte pessoas. Cada grupo é monitorado por cinco profissionais, sendo um psiquiatra, um psicólogo, um nutricionista, um assistente social, um enfermeiro, e alguns auxiliares.

O ambulatório presta atendimento de emergência, funcionando como um SOS. Geralmente os que procuram o Instituto são indicados pelo Hospital São Vicente, situado em Taguatinga (DF), que atende doentes mentais.

Ao chegarem no hospital-dia os pacientes são colocados nos grupos menores ou esperam surgir vaga em algum desses grupos.

Esse Instituto funciona há dezessete anos e foi uma iniciativa do ex-presidente Castelo Branco, que doou a residência oficial da Presidência da República, no Riacho Fundo, para este fim.

Descrição do processo de coleta de dados

Os encontros para as entrevistas foram realizados no Instituto de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, e duraram, em média, 20 minutos. Uma das entrevistas ocorreu no Hospital Dia e duas, no ambulatório. As entrevistas foram precedidas de esclarecimentos acerca do interesse do pesquisador em realizar este trabalho. Em seguida, foram apresentados os objetivos da entrevista, ressaltando a importância da contribuição das respostas para alcançar os objetivos do trabalho. Nessa oportunidade, buscou-se a aprovação do informante para a gravação das entrevistas.

IV

ANÁLISE DOS RESULTADOS

RESULTADOS DA PESQUISA

Após a análise dos dados coletados por meio das entrevistas, verificou-se que, de acordo com a opinião dos entrevistados:

- 1. A falta de conhecimento sobre a esquizofrenia deixa as famílias assustadas. De maneira geral, após a primeira crise procuram manter silêncio sobre o caso. Somente após as novas ocorrências, procuram ajuda junto a profissionais da área.**

Respostas dos entrevistados à pergunta de n.º 1

Quais as principais reações de familiares quando percebem que um membro da família tem crise esquizofrênica?

Depende. Vários fatores podem influenciar na atitude de pessoas, diante do surto de alguém. O conhecimento é um deles. Geralmente a família quando não tem nenhum conhecimento se assusta e não sabe o que fazer. Presencia o surto e quando este passa deixa como está. “Passou, já acabou”. Esses familiares sentem-se forçados a procurar profissionais quando há novas ocorrências desse surto. Geralmente procuram um clínico e esse então indica profissionais especializados. Quando já existe um conhecimento por parte da família, essa pessoa que entrou em surto é levada a um profissional especializado já na primeira vez. (Entrevistado 1)

Varia de pessoa para pessoa, mas em geral, os familiares não entendem o que está ocorrendo. Ficam na expectativa de acompanhar novas manifestações. Quando elas ocorrem, na maioria das vezes, procuram médicos clínicos ou mesmo psiquiatras, quando já tem um pouco de informação sobre o que está acontecendo. (Entrevistado 2)

“Eu não mexo muito com essa parte nas primeiras situações da esquizofrenia. O meu trabalho se dá quando os esquizofrênicos são trazidos para o Instituto. Então,

eu começo o meu trabalho, mas acredito que a reação dos familiares esteja ligada muito ao conhecimento que se tem dessa doença. (Entrevistado 3)

Cruzamento de dados com o referencial teórico

Louzã Neto (1996) admite que não há conhecimento suficiente sobre as causas e origens da esquizofrenia e que essa pode ser uma das razões pelas quais os familiares demonstram total desconhecimento sobre essa doença. Esse autor afirma que a esquizofrenia é identificada através dos diversos tipos de sintomas que os enfermos apresentam, podendo variar de pessoa para pessoa e, também, ao longo da evolução da doença no mesmo indivíduo. Além disso, é possível encontrar pacientes esquizofrênicos com manifestações completamente diferentes uns dos outros.

De acordo com Louzã Neto (1996, p. 53-56), o desconhecimento das causas da esquizofrenia acarreta dois sérios problemas. Para o médico dificulta o diagnóstico, que é feito somente a partir da análise dos sintomas e comportamentos da pessoa, não existindo qualquer tipo de exame laboratorial para saber se uma pessoa tem ou não esquizofrenia; torna impossível qualquer tentativa de intervenção ou tratamento para prevenir o início da doença. Para a família, receber a notícia de que se está doente e de que esta doença se chama esquizofrenia acarreta geralmente um impacto muito grande na pessoa e seus familiares. Muitos preferem acreditar que o médico errou ou não sabe o que está dizendo e fogem do tratamento. A idéia generalizada é que ao esquizofrênico, ao “louco” está reservado inevitavelmente um lugar no manicômio, longe do convívio familiar e social. Porém, os tratamentos atuais mudaram e permitem que o paciente conviva normalmente na sociedade que tem a grande responsabilidade de acolhê-lo.

Para Galvêas (2003), a esquizofrenia é uma das mais devastadoras dentre as desordens mentais, fazendo com que o indivíduo perca parcial ou totalmente, o contato com a realidade objetiva.

Relatos extraídos do livro
Memórias do Delírio: confissões de um esquizofrênico

“De início acreditou-se que eu tinha problemas de personalidade, de ordem psicológica. Depois houve época em que se julgou que era a droga - a maconha – que me fazia delirar. Muito tempo e muitas crises foram necessários para se descobrir que eu tenho um problema orgânico: uma psicose de fundo orgânico.

Após dez anos de terapia sem nenhum diagnóstico fechado, fui ao médico que me diagnosticou como sendo um caso de Psicose Maníaco-Depressiva. Tomando uns comprimidos de Carbolitium minhas crises estariam sob controle, foi-me dito.

Vários anos se passaram, as crises se sucedendo umas às outras, o diagnóstico continuando o mesmo e eu sem melhorar. As crises, na verdade, sucederam-se anualmente no início. A partir de certo período passaram a ser semestrais, havendo casos em que um breve tempo de três meses se interpôs entre crises quase permanentes.

A crise maníaca é o momento dos delírios e das alucinações. O delírio não estabelece de imediato. Ele não chega sem aviso. A crise é precedida por uma grande inquietação, uma sensação de urgência absoluta em todos os assuntos. Ocorre agitação motora e insônia durante dois ou três dias. Não sei onde ficar, nenhum lugar me acomoda.

Depois, vem aos poucos de início, e em seguida velozmente, tomando conta de tudo, uma incontável euforia. É uma sensação de bem estar, de poder, de plenitude, de força perante o mundo. A euforia faz com que no meio de toda a desgraça e sofrimento que é a loucura, ainda assim o mundo se apresente com inigualável grandiosidade e beleza” (BARROS, 1992, p. 41-42).

“Tenho hoje 38 anos; ... Tenho uma doença incurável... Todos os sonhos de minha adolescência se esvaíram e hoje não ousa sonhar de novo: tenho medo de me machucar ainda mais, como o vento desfazendo meus castelos. Vivo para o dia-a-dia. Não sei se na próxima semana meu precário equilíbrio se manterá ou se estarei d novo prostrado em casa, em profunda depressão, ou talvez amarrado a um leito psiquiátrico, gritando para me soltarem.

Porque comigo? Eu sei que a vida é assim, pode acontecer com qualquer um, mas... por que comigo?

Esta pergunta me angustiou durante anos e ainda hoje, quando estou muito deprimido, ela tenta se insinuar... Ninguém de minha família, por parte de mãe e de pai, apresentou essa doença antes. No entanto, comigo aconteceu... Aos 24 anos tive a primeira crise. Desde então – fiz as contas outro dia – já me tratei com dez terapeutas diferentes: dois psicólogos e oito médicos, fora os que me trataram durante as internações...” (BARROS, 1992, p. 114).

“Hoje, se eu tivesse dinheiro, eu gostaria de procurar uma boa terapia psicológica. Ela proporciona um certo alívio na alma, um crescimento espiritual que o tratamento psiquiátrico não contempla... Quando às vezes ainda me ocorre a irresolúvel pergunta “Por que comigo?” E percebo que de repente estou sentindo pena de mim, tento afastar meus pensamentos olhando o vasto mundo ao meu redor. Há destinos piores do que o meu, eu sei. Tenho plena consciência disso” (BARROS, 1992, p. 117).

- 2. As prováveis causas que podem levar o esquizofrênico a entrar em surto são o estresse, a genética, a questão sócio-econômica, a perda de um familiar, a falta de perspectiva de vida, o preconceito familiar e social, entre outros.**

Respostas dos entrevistados à pergunta de n.º 2

Quais as situações mais freqüentes que levam a pessoa a entrar em surto?

As pessoas que já estão em tratamento, mesmo fazendo uso de medicamentos, quando colocados em situações desfavoráveis ou que levam a um alto grau de estresse, podem entrar em surto. (Entrevistado 1)

Ao primeiro surto pode-se falar muito da questão genética e também da questão sócio-econômica e o tipo de vida que essa pessoa leva. Já em tratamento, vários fatores podem desencadear um surto, entre eles, o estresse, a perda de um ente querido e o preconceito familiar e social em relação à doença. Por isso, é necessário que além da medicação haja um acompanhamento psicológico, de assistência social, entre outros, para que esse paciente aprenda a suportar as pressões internas e externas para que possam levar uma vida digna. (Entrevistado 2)

O estresse é um dos maiores responsáveis. Mas a falta de perspectiva de vida, além do preconceito, são fatores que sem dúvida, colaboram para aumentar as crises de surto do esquizofrênico. (Entrevistado 3)

Cruzamento de dados com o referencial teórico

Smith (1985, p.87) descreve o que se sabe sobre as causas da esquizofrenia conforme a tradição médica, clínica e científica, com base em pesquisas realizadas nos últimos 100 anos, por psiquiatras e cientistas das ciências biológicas e sociais. Para Smith (1985), as causas são físicas e psicológicas. As físicas são classificadas em: hereditariedade, bioquímica e desordens do cérebro. Sobre a hereditariedade o

autor ressalta que enquanto cerca de 1% da população adulta sofrerá de esquizofrenia durante o curso de sua vida.

Smith (1985, p.99) afirma que as prováveis causas psicológicas da esquizofrenia são as alucinações e as ilusões. As alucinações referem-se a experiências de percepção na ausência de estímulos correspondentes no mundo externo, como ouvir vozes num quarto silencioso. As ilusões dizem respeito ao engano sobre a natureza das coisas no mundo externo, como, por exemplo, tomar uma sombra de um vaso por um homem ameaçador.

De acordo com Smith (1985), os esquizofrênicos são sensíveis à sobrecarga de percepções que processam, como se um filtro, presente em todas as demais pessoas, faltasse no seu caso desses pacientes.

De todos os estímulos provenientes dos ambientes que chegam aos órgãos sensoriais, normalmente são percebidos apenas alguns, uma vez que existem mecanismos essenciais que suprimem a atenção consciente das sensações periféricas. Sem estes mecanismos, a atenção do ser humano seria constantemente distraída por novas sensações, sem preservar a concentração em qualquer objeto ou assunto. Na esquizofrenia descobriu-se que há um defeito neste sistema de filtragem sensorial e o paciente não consegue selecionar e controlar a atenção. Esta descoberta confirma o relato dado pelos pacientes que comunicam supersaturação por grande número de estímulos e dizem ter a maior dificuldade em concentrarem-se e evitar a distração de um momento para outro.

Relatos extraídos do livro

Memórias do Delírio: confissões de um esquizofrênico

Não posso me colocar em situações de “stress”. Todas as vezes que em minha vida profissional e pessoal fui submetido a “stress”, acabei por entrar em delírio ou depressão” (BARROS, 1992 p. 115).

“Tenho falado muito de minhas crises de delírio e muito pouco de minhas crises de depressão. Sofro, no entanto, grande e freqüentes crises de depressão. Desde que comecei a adoecer, foram poucos os meus momentos de equilíbrio. Normalmente, quando eu não estou delirando, estou imerso em grandes crises depressivas.

Minhas depressões são nitidamente fruto de um estado orgânico, tanto que cedem sensivelmente uma vez corretamente medicadas. Elas não são, no entanto, totalmente inexplicáveis, tomando-se o meu contexto de vida.

É fácil se imaginar que desde que adoeci não tenho sido senhor de todos os meus atos e de minha vida” (BARROS, 1992, p. 109).

“Como frutos de meus delírios e de minhas depressões, vivo hoje uma vida completamente diferente da que sempre desejei. Sou uma pessoa solitária e normalmente entristecida. Origina-se daí, na verdade, o pano de fundo de todas as minhas depressões: eu não sou quem eu gostaria de ser” (BARROS, 1992, p. 109).

“Tanto o delírio quanto a depressão são altamente desagregadores das relações sociais. Meu próprio casamento, uma das relações mais estáveis de minha vida, não resistiu à doença, tendo se desfeito após 14 anos.

A perda da Mônica e do convívio com meus filhos foi marcante em minha vida e representou um dos pontos mais baixos de minha existência. Todo decorreu do cansaço em que ela se encontrava pela convivência com uma pessoa doente. Não tenho dúvida de que foi em função da própria doença que acabei por me envolver em toxicomania e alcoolismo. Por ser minha companheira, a Mônica foi obrigada a conviver com os delírios e as depressões e também com minha toxicomania e depois com meu alcoolismo. Foi demais para ela.

Houve uma ocasião em que pela doença e também pelo alcoolismo eu tive um grande delírio de ciúmes em que acreditava que a Mônica me traía com todo mundo. Ela não suportou as acusações descabidas que eu lhe fiz.

Nem a Mônica, que mais do que ninguém conhecia minha doença, foi capaz de agüentar o peso de meus delírios quando eles se voltaram contra ela.” (BARROS, 1992, p. 43-44).

- 3. Diante de um indivíduo em surto, as pessoas, de maneira geral, ficam assustadas e demonstram medo de suposta violência que o esquizofrênico pode gerar. Alguns olham com curiosidade, outros saem do ambiente. Poucos oferecem ajuda.**

Respostas dos entrevistados à pergunta de n.º 3

O que as pessoas leigas fazem ou devem fazer quando presenciam o surto de uma pessoa?

Geralmente as pessoas têm medo, elas se assustam. Isso faz com que saiam de perto ou apenas olhem curiosamente. (Entrevistado 1)

No geral, as pessoas têm medo e se assustam. Alguns olham com curiosidade, outros saem de perto. Há os que se oferecem para ajudar. (Entrevistado 2)

Geralmente, não fazem nada, porque se assustam. Elas se afastam por medo. Olham e se afastam com medo de suposta violência que o esquizofrênico pode gerar. (Entrevistado 3)

Cruzamento de dados com o referencial teórico

De acordo com Galvêas (2003), durante as “alucinações”, a esquizofrenia deixa o indivíduo sem contato parcial ou total com a realidade objetiva. A desordem psíquica leva o paciente a ver, ouvir ou sentir sensações que não existem na realidade objetiva e concreta das pessoas supostamente “normais”.

No caso da epilepsia grave, Smith (1985) esclarece que os pacientes estão inclinados a desenvolver enfermidade mental de longa duração como delírios, alucinações relativas a ruídos significativos, vozes imaginárias e, às vezes, até desordens da lógica do pensamento e simbolismo típicos da esquizofrenia, o que pode assustar as pessoas que desconhecem as características da doença.

Ballone (s.d.) informa que as idéias a respeito da freqüência de atos de violência entre os indivíduos esquizofrênicos e a população em geral são conflitantes, por falta de pesquisas sobre a questão.

Relatos extraídos do livro

Memórias do Delírio: confissões de um esquizofrênico

Um esquizofrênico é um indivíduo sujeito a crises de mania, sofrendo delírios e alucinações, num extremo, e sofrendo de profundas depressões, noutro extremo. Fora das crises, é um sujeito no geral um pouco tímido, com dificuldades de levar uma vida social e profissional estáveis. É isto que eu sou...” (BARROS, 1992, p. 45).

A crise maníaca é o momento dos delírios e das alucinações. O delírio não estabelece de imediato. Ele não chega sem aviso. A crise é precedida por uma grande inquietação, uma sensação de urgência absoluta em todos os assuntos. Ocorre agitação motora e insônia durante dois ou três dias. Não sei onde ficar, nenhum lugar me acomoda.

Depois, vem aos poucos de início, e em seguida velozmente, tomando conta de tudo, uma incontrolável euforia. É uma sensação de bem estar, de poder, de plenitude, de força perante o mundo. A euforia faz com que no meio de toda a desgraça e sofrimento que é a loucura, ainda assim o mundo se apresente com inigualável grandiosidade e beleza” (BARROS, 1992, p. 41-42).

- 4. De maneira geral, o indivíduo esquizofrênico pode voltar a ter uma vida normal, desde que haja um acompanhamento psiquiátrico e terapêutico eficazes e a ajuda dos familiares.**

Respostas dos entrevistados à pergunta de n.º 4

É possível um indivíduo esquizofrênico voltar à normalidade e dar continuidade à sua vida de antes?

É possível sim. Acredito e por isso trabalho nessa área. Os indivíduos que recebem tratamento adequado podem voltar a ter uma vida normal. A maior parte deles continua fazendo uso de medicamentos, mesmo em poucas doses. Apenas para o controle de alucinações. (Entrevistado 1)

Sim, é possível, desde que haja todo um acompanhamento psiquiátrico e terapêutico eficazes. (Entrevistado 2)

Há possibilidade, porém não é fácil, vai depender muito do tratamento e de como a família se comporta durante esse período. (Entrevistado 3)

Cruzamento de dados com o referencial teórico

Segundo Mari (s.d.), o nível de recuperação que se tem com o tratamento da esquizofrenia é muito baixo.

De acordo com Smith (1995, p. 150-151), muitos pacientes esquizofrênicos voltam para casa sem que tenham se recuperado inteiramente, mas adverte que o lar não é o melhor ambiente para melhorar e permanecer bem. Para qualquer perturbação original da família, freqüentemente ainda não resolvida e talvez insolúvel, pode acrescentar-se ressentimento e recriminação pelos maus tempos que precederam a internação. A família se ressentida do comportamento difícil com o qual tiveram que conviver. O paciente ressentido da falta de compreensão que recebeu e de ter sido mandado para o hospital. Não é surpreendente que pacientes

que voltem ao convívio de parentes mais emocionais e abertamente críticos recaiam com maior frequência. Uma observação que é familiar aos clínicos e recentemente confirmada pela pesquisa do Instituto de Psiquiatria.

O autor ressalta que as famílias sentem-se sobrecarregadas, mal compreendidas pelos serviços profissionais, e desnorteadas pelo comportamento do paciente. No passado ofereceu-lhes pouca ajuda, exceto a baixa do paciente quando a vida era intolerável, e agora a ênfase no atendimento comunitário fora das instituições significa que pacientes perturbados permanecem em casa quando o pretendo atendimento pode ser inadequado. Tem faltado e sido dolorosamente omitido aconselhamento informativo sobre a enfermidade e suas incapacitações, sobre o excesso e a falta de estimulação social e a redução da intensidade e duração do contato dentro da família quando o paciente mostra sinais de recidiva, a respeito das drogas e sobre os serviços disponíveis.

Para Smith (1995), o aconselhamento do paciente, da família e parentes como um todo pode ser provido pelos assistentes sociais, psiquiatras nas clínicas ambulatoriais e particularmente pelas enfermeiras psiquiátricas da comunidade que tem conhecimento inigualável das condições nas suas formas graves no hospital, e que agora estão cada vez mais trabalhando com os pacientes e as famílias. Mais apoio às famílias pode estar disponível através dos grupos de auto-ajuda que trocam informações e conselhos.

Ballone (s.d.) alerta que o comportamento da família influi fortemente na reabilitação do indivíduo com esquizofrenia. Os estudos demonstram que a intervenção da família é de grande importância na prevenção das recaídas.

Paim (1990, p. 113) afirma que, de maneira geral, o curso da esquizofrenia é “insidioso, lento e progressivo”. Esse autor explica que em alguns indivíduos a evolução se dá por surtos agudos com remissões, enquanto em outros, a enfermidade pode estacionar em qualquer fase ou apresentar regressões dos sintomas “com recuperação social ou mesmo profissional”. Há registros de que 25% dos casos de esquizofrenia evoluem para a cura espontânea. Porém, Paim alerta que são vários os fatores que influem no prognóstico da esquizofrenia, entre eles, “o tempo de duração da enfermidade, o tipo clínico e os antecedentes hereditários e pessoais do enfermo” (p. 114).

Para Quilici (s.d.) o suicídio é um fator que exige muito cuidado, pois é cometido por 10% dos indivíduos com esquizofrenia. Os fatores de risco de suicídio incluem indivíduos do sexo masculino, com aproximadamente 30 anos de idade, com sintomas depressivos, desempregados e com alta hospitalar recente.

Nesse sentido, Ballone (s.d.) afirma que entre os fatores capazes de aumentar o risco de suicídio em pacientes esquizofrênicos destacam-se: o isolamento social, ser solteiro, desempregado, ter história prévia de tentativa de suicídio, fortes expectativas sócio-familiares de boa performance, curso da doença crônico e com muitos surtos agudos, múltiplas internações, dificuldades no trabalho e depressão. Este último fator é de maior risco ainda, quando o sintoma proeminente é humor deprimido persistente e desesperança.

Shirakawa (*apud* Ballone, s.d.) ressalta que, de maneira geral, é fora da crise psicótica aguda, que acontecem o maior número de suicídios entre os esquizofrênicos. De acordo com o autor, é nesse período que todas as pessoas que se relacionam com esses indivíduos devem ficar atentas.

Relatos extraídos do livro

Memórias do Delírio: confissões de um esquizofrênico

“No início de minha vida profissional os ventos foram muito favoráveis e eu estava numa situação muito confortável... Com a aparição dos delírios eu perdi o pé na vida e tudo me ficou muito difícil e desconfortável. Passei a colecionar um fracasso após o outro. Perdi parte significativa do meu patrimônio e enfrentei longos períodos de desemprego. Eu não estava preparado para a sucessão de fracassos profissionais que enfrentei justamente pela minha instabilidade...” (BARROS, 1992, p.109-110).

“Voltando ao trabalho, não estou retornando para minha empresa, no entanto, com toda clareza do mundo e numa conversa de adultos, me foi dito, no departamento de pessoal, que já não sou mais desejado por lá. Por uma questão de

solidariedade, no entanto, concordaram em manter o emprego, se eu conseguisse comissionamento para um outro trabalho no estado”.

“Consegui um lugar para trabalhar numa autarquia e para lá levo minhas esperanças de reconstrução pessoal e profissional. Vou com minha consciência limpa...”. Não me sinto mais culpado por minha doença e nem me sinto desprestigiado por minhas funções meramente burocráticas. Ao contrário, considero que tenho o privilégio de manter uma empresa decente quando, se não fosse pela boa vontade da estatal onde estou contratado, eu estaria condenado à mísera aposentadoria por invalidez que este país concede aos seus doentes” (BARROS, 1992, p. 113).

“Minha doença é incurável, mas isto não quer dizer que eu deva deixar de buscar cura. Talvez, pelo menos, eu consiga diminuir um pouco a frequência das oscilações: já seria uma grande coisa... Não devo me cobrar demais. Não posso exigir de mim o desempenho de uma pessoa que não tenha minhas limitações... Não posso me colocar em situações de “stress”. Todas as vezes que em minha vida profissional e pessoal fui submetido a “stress”, acabei por entrar em delírio ou depressão” (BARROS, 1992 p. 115).

“Eu me julgava culpado por ser doente. Por ter delírios e depressões. Houve uma ocasião em que este sentimento de culpa me dominou por completo e eu me voltei contra mim mesmo, buscando na morte um desafogo para as angústias que me desesperavam. Isto faz cerca de oito anos, foi em 1983, ou 1984, não sei direito. Eu fazia terapia com um médico psiquiatra e ele costumava me dar amostras grátis dos remédios que me receitava, porque na ocasião eu passava por um grande aperto financeiro. Um dia ele me deu três caixas de um antidepressivo. Eu fui para casa com os remédios e não sei como, impensadamente, misturei todos os comprimidos que trouxera com outros remédios para dormir que eu tinha, fiz uma pasta de tudo aquilo, dissolvi em água, e bebi.

Minha tentativa de suicídio não foi premeditada, como às vezes acontece. Foi impulsiva e imediata. É claro que por muitas vezes, quando eu estava muito deprimido já pensara em buscar a morte, mas nunca me preparei para um suicídio. Minha tentativa foi espontânea e não premeditada. Acho que foi uma tentativa desesperada de encontrar paz” (BARROS, 1992, p.110 – 111).

- 5. As maiores barreiras para a inclusão social de um indivíduo que possui a esquizofrenia são: o preconceito, o desconhecimento da doença, a superproteção e os problemas socioeconômicos.**

Respostas dos entrevistados à pergunta de n.º 5

Que barreiras sociais dificultam a inclusão de um indivíduo esquizofrênico (preconceito, situação econômica etc).

Não acredito muito em preconceito dentro da família. Os familiares geralmente super protegem o esquizofrênico. As barreiras mais comuns são a superproteção familiar e o preconceito social. Esse último engloba não só fatores da doença em si, mas também fatores que atinjam o dia-a-dia das pessoas, como o econômico. É claro que há esse preconceito pela doença em si. Talvez nem seja preconceito e sim um medo do que é desconhecido. (Entrevistado 1)

O preconceito no mercado de trabalho, no local onde a pessoa reside, dentro da própria família e também a falta de conhecimento da população, de uma maneira geral, em saber lidar com a doença. (Entrevistado 2)

O preconceito e a falta de conhecimento da doença. As pessoas em um ambiente de trabalho, diversão, social, familiar, educativa, muitas vezes se afastam. Algumas não têm conhecimento, mas não seria preciso julgar esse indivíduo como um qualquer e excluí-lo dessas atividades. Há outros fatores também, mas são os menos freqüentes. (Entrevistado 3)

Cruzamento de dados com o referencial teórico

Para Louzã Neto (1996), algumas doenças são estigmatizadas pelos preconceitos e seus portadores alvo de repúdio, aversão e do ridículo. Esta é, com certeza a maior dificuldade enfrentada pelo esquizofrênico e seus familiares. Com

freqüência, os doentes ou os seus familiares correm em busca de tratamentos milagrosos, curas impossíveis, usando de todos os métodos que lhes caíam nas mãos, por mais estranhos que pareçam, para tentar melhorar sintomas que não compreendem por falta de informação.

Mari (s.d) afirma que o paciente esquizofrênico sofre intensamente com sua condição e sua família também e que, apesar disso, os programas político-sociais de reinserção dos doentes mentais na sociedade ignoram o sofrimento e as necessidades deles. A família é vista como desestruturada, fria, indiferente ou mesmo hostil ao paciente. Da mesma forma que o paciente esquizofrênico sofre duas vezes, pela doença e pelo preconceito, a família também sofre duas vezes com a doença do familiar e com a discriminação e a incompreensão sociais. Para esse autor, num país pobre como o Brasil, a assistência à família do esquizofrênico deveria ser um programa governamental indispensável, de modo a preservar o desempenho social (estudo, trabalho, profissão) dos parentes dos pacientes esquizofrênicos.

Louzã Neto (1996) ressalta que o fato de uma doença ser incurável, não torna o destino de seu portador inexorável. A esquizofrenia é vista com preconceito, revolta ou vergonha. Compreendemos alguém deitado no leito com febre, mas não entendemos o que um esquizofrênico, “com saúde de ferro”, sofre de apatia e fica deitado no leito. Nós o julgamos preguiçoso e não doente. O papel que a família e a sociedade tem a desempenhar no tratamento do paciente esquizofrênico é tão importante quanto o papel que têm no tratamento de qualquer outra enfermidade crônica grave, porque todas elas pressupõem uma reintegração. Isto significa que o tratamento não se esgota com tratamento e eventuais internações, mas se completa com todas as ações e procedimentos que visem reintegração familiar, profissional e social, objetivando uma melhora da qualidade de vida do doente.

Relatos extraídos do livro
Memórias do Delírio: confissões de um esquizofrênico

“A doença mental traz um estigma do qual é impossível se livrar, como o protagonista, da tragédia grega, não consegue se livrar de seu destino. As pessoas gostam de mim: às vezes têm pena, eu suponho, mas não conseguem tolerar o meu convívio quando entro em crise ou quando estou muito deprimido.

Assim as internações psiquiátricas passaram a fazer parte de minha vida. A cada internação o estigma se faz presente com toda força”.

Hoje, o diagnóstico que me persegue é o da esquizofrenia. Sei que o nome é feio, forte e assustador. A mim também me assusta, mas é o que eu sou segundo a medicina (BARROS, 1992, p. 45).

“Dois outros fatores tornam especialmente pesado o estigma: o gasto financeiro e a incerteza do diagnóstico” (BARROS, 1992, p. 45).

“No trabalho o estigma é insuperável. Evidentemente escondo minha doença durante o período de seleção e contratação – e também preciso viver e pagar minhas contas! Até hoje nenhum processo de seleção, com variados testes psicológicos e psicotécnicos foi capaz de me denunciar. Quando começo a trabalhar, no entanto, mais dia, menos dia, tenho minhas crises e a exposição é muito pouco controlável – inclusive porque quando tenho as crises fico inconsciente de meu estado. Então entro de novo no âmago do estigma: as pessoas podem até gostar de mim e eventualmente serem solidárias, mas não me querem por perto.

Não sou confiável. No mínimo pensam, sou um cara que, a cada seis meses, tem crises sendo obrigado a abandonar qualquer projeto.

Não posso fugir a meu estigma – é a moira, ou, como dizem os orientais, o karma. Só me resta aceitá-lo até que os médicos encontrem melhor forma de controle de minhas crises” (BARROS, 1992, p.45).

CONCLUSÃO

A esquizofrenia é uma doença mental que pode estar ligada a fatores físicos e psicológicos. Além disso, de acordo com o depoimento dos entrevistados, o estresse é um dos aspectos que pode facilitar a crise psicótica.

O conhecimento sobre as causas e origens da esquizofrenia ainda é escasso, o que pode justificar os diferentes pontos de vista dos profissionais que atuam nessa área, e o estigma que leva à crença de que o indivíduo portador de esquizofrenia é violento, perigoso, entre outros atributos depreciativos.

De maneira geral, os principais sintomas dos indivíduos com esquizofrenia são as alterações do pensamento e da afetividade, podendo haver diminuição da motivação, sintomas motores, sinestésias, autismo, epilepsia, depressão, entre outros. A depressão, o isolamento social, o desemprego, bem como as múltiplas interações são algumas das causas que podem induzir o indivíduo portador de esquizofrenia ao suicídio, sendo comum sua ocorrência fora da crise psicótica.

A cura total da esquizofrenia é considerada rara, mas há relatos de que com a ajuda de medicamentos e de procedimentos terapêuticos adequados o indivíduo pode melhorar sua qualidade de vida e ser reintegrado na sociedade. A sustentação familiar é, também, considerada peça importante para a reabilitação do indivíduo e para a prevenção das recaídas.

Referências bibliográficas

BALLONE, G. J. Dúvidas sobre Esquizofrenia – Psiqweb. Disponível em: <http://gballone.sites.uol.com.br>. (s.d.) Acesso em: 09.03.2004.

_____, G. J. - *Psicose na Adolescência* - in. PsiqWeb, Internet, disponível em <<http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc4.html>>revisto em 2003

BARROS, L. F. Memórias do Delírio: confissões de um esquizofrênico. 3 ed., Rio de Janeiro: Imago, 1992.

CRUZ, José pestana & MÁS, Mercedes Borda. Treino de Aptidões Sociais e Terapia Cognitiva na Esquizofrenia Paranóide. Disponível em: <http://www.priory.com/psych/hsociais.htm>. (s.d.) Acesso em: 16/04/2004.

DALERY, Jean e D'AMATO, Thierry. *A esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi, 2001.

GALVÊAS, Elias Celso. Esquizofrenia Paranóide. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://healthsquare.com> . Acesso em: 09.03.2004

IBGE, Censo Demográfico 2000.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues. *Convivendo com a Esquizofrenia: Um Guia Para Pacientes e Familiares*. São Paulo: Lemos Editorial, 1996.

LOWEN, Alexander. *O corpo traído*. [Trad. George Schlesinger] Revisão da edição e direção da coleção Paulo Eliezer Ferri de Barros. São Paulo: Summus, 1979.

MARI, Jair de Jesus. Intervenções Familiares e Recaídas na Esquizofrenia: Metanálise dos Resultados de Pesquisa. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/familia.htm> . Acesso em 03/01/2004

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues. *Convivendo com a esquizofrenia. Um Guia para Pacientes e Familiares*. São Paulo: Lemos, 1996.

PAIM, Isaías. Esquizofrenia. 4 ed. São Paulo: EPU, 1990.

PSICOTE. Esquizofrenia. Disponível em: <http://www.psicosite.com.br> (s.d.) Acesso em: 11.02.2004.

PSIQWEB. Esquizofrenia e Transtornos Psicóticos – DSM IV. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/dsm/psicot.html> Acesso em: 08.03.2004.

QUILICI, Mário. Esquizofrenia Paranóide: Um histórico familiar. Disponível em: <http://www.psipoint.com.br>. (s.d.) Acesso em 14.03.2003

SALLET, Paulo Clemente e GATTAZ, Wagner Farid. Classificação das Psicoses Endógenas de Karl Leonhard. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br> .(s.d) Acesso em: 13.04.2004

SCHNEIDER, Kurt. *Psicopatologia clínica*. [Trad. Da sétima edição alemã de Emanuel Carneiro Leão] São Paulo: Mestre Jou, 1976.

SEARS, Robert R. e FELDMAN, S. Shirley. *As 7 idades do homem. Um estudo do desenvolvimento humano: corpo, personalidade, capacidades*. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

SMITH, Andrew Croyden. *Esquizofrenia & loucura*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

STERIAN, Alexandra. *Esquizofrenia*. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, Egberto Ribeiro. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

APÊNDICE

Roteiro para entrevista

Inclusão social dos esquizofrênicos

Entrevista N.º _____

Realizada no(a) _____

Cidade _____ Estado: _____ Data: _____

Início _____ Término: _____ Duração: _____

Entrevistador _____

Parte 1 – Dados pessoais de identificação do entrevistado

1) Nome: _____

2) Endereço: _____

3) Sexo: _____

4) Idade: _____

5) Naturalidade: _____ Estado: _____

6) Grau de escolaridade: _____

7) Profissão: _____

8) Tempo de trabalho: _____

Parte 2 – Dados da entrevista semidirigida, com questões semi-abertas.

(dados gravados em fita cassete)

1) Quais as principais reações dos familiares quando percebem que o indivíduo está com sintomas da esquizofrenia?

2) Quais as situações mais comuns que levam um paciente esquizofrênico a entrar em surto?

- 3) Que procedimentos devem ser tomados pelas pessoas leigas quando presenciarem um indivíduo surtando?
- 4) É possível fazer um indivíduo com esquizofrenia voltar à realidade e levar uma vida normal? Se sim, como?
- 5) Que barreiras dificultam a inclusão social desses indivíduos?